

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1882

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 27 décembre 1882, à 1 heure

PAR CHARLES LEHMANN

Né à Altkirch (Haut-Rhin), le 9 septembre 1857.

Ancien externe des hôpitaux.

DES

KYSTES HYDATIQUES DU POUMON

OUVERTS DANS LA PLÈVRE

Président : M. POTAIN, professeur.

*Juges: MM. { DEPAUL, professeur.
MARCHAND, BUDIN, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1882

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1882

THÈSE

N° 54

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 27 décembre 1882, à 1 heure

PAR CHARLES LEHMANN

Né à Altkirch (Haut-Rhin), le 9 septembre 1857.

Ancien externe des hôpitaux.

DES

KYSTES HYDATIQUES DU POUMON

OUVERTS DANS LA PLÈVRE

Président : M. POTAIN, professeur.

*Juges : MM. DEPAUL, professeur.
MARCHAND, BUDIN, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1882

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BÉCLARD.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	SAPPEY.
Physiologie.....	BÉCLARD.
Physique médicale.....	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....	WURTZ.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	JACCOUD.
	PETER.
	GUYON.
Pathologie chirurgicale.....	DUPLAY.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	ROBIN.
Opérations et appareils.....	LE FORT.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	BOUCHARDAT.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.....	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE
Pathologie comparée et expérimentale.....	VULPIAN.
	SEE (G.)
Clinique médicale.....	LASEGUE.
	HARDY.
	POTAIN.
Maladies des enfants.....	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	RICHET.
Clinique chirurgicale.....	GOSSELIN.
	VERNEUIL.
	TRÉLAT.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	DEPAUL.

DOYENS HONORAIRES : MM. WURTZ et VULPIAN.

Professeurs honoraires :

MM. le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BERGER.	GAY.	LEGROUX	REMY.
BOUILLY.	GRANCHER.	MARCHAND.	RENDU.
BOURGOIN	HALLOPEAU.	MONOD.	RICHET.
BUDIN.	HENNINGER.	OLLIVIER.	RICHELOT.
CADIAT.	HANRIOT.	PEYROT.	STRAUS.
DEBOVE.	HUMBERT.	PINARD.	TERRILLON.
DIEULAFOY.	LANDOUZY.	POZZI.	TROISIÈRE.
FARABEUF, chef	JOFFROY.	RAYMOND.	
des travaux ana-	DE LANESSAN.	RECLUS.	
tomiques.			

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

² Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES SŒURS

A MON ONCLE LE DOCTEUR A. FESSENMAYER

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A M. LE DOCTEUR BUCQUOY

Professeur agrégé de la Faculté de médecine,
Médecin des hôpitaux,
Membre de l'Académie de médecine.

A M. LE DOCTEUR BOUILLY

Professeur agrégé de la Faculté de médecine,
Chirurgien des hôpitaux.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR POTAIN

Professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine.
Médecin des hôpitaux,
Membre de l'Académie de médecine.

DES
KYSTES HYDATIQUES DU POU MON

OUVERTS DANS LA PLEVRE

AVANT-PROPOS

Pendant notre dernière année d'externat, nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de M. Bucquoy, à l'hôpital Cochin, un cas fort intéressant. — Il s'agissait d'un malade atteint d'une pleurésie dont les allures mystérieuses et sournoises nous ont vivement frappé. Cette pleurésie, poursuivant son cours anormal, se transforma peu de temps après en un pneumothorax résultant d'un kyste hydatique du poulmon.

En présence de la marche singulière de cette affection nous avons eu l'idée de faire notre thèse sur ce sujet.

Nous avons réuni dans ce travail les observations les plus intéressantes de cette terrible complication, en essayant de voir quels en étaient les symptômes

les plus fréquents, d'en tirer quelques éléments de diagnostic, et surtout d'en indiquer le traitement.

Nous sommes heureux d'adresser ici nos remerciements les plus sincères à notre ami le Dr Gaucher, chef de clinique de la Faculté, pour les excellents conseils qu'il a bien voulu nous donner.

Qu'il nous soit permis de remercier M. le professeur Potain, pour l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en présidant notre thèse inaugurale.

ÉTIOLOGIE.

Cette affection est pour ainsi dire exclusive à l'âge moyen de la vie; et nous pouvons dire, pour être plus précis, qu'elle se rencontre surtout entre vingt et quarante ans. Les exemples d'hydatides chez l'enfant et le vieillard sont extrêmement rares.

L'alimentation et le régime paraissent avoir une influence certaine sur cette affection parasitaire.

Ainsi, suivant Budd, on rencontre beaucoup plus souvent ces vers chez les pauvres que chez les riches; circonstance que l'observateur anglais croit pouvoir expliquer par ce fait, que les pauvres habitent des maisons basses et humides et se nourrissent en plus grande proportion d'aliments végétaux.

Une preuve encore à l'appui de l'assertion de Budd, c'est la fréquence de ces hydatides chez les moutons et les bœufs qui paissent dans les prairies marécageuses et par les années pluvieuses (Davaine).

C'est en Islande que cette affection se rencontre le plus souvent: on peut même dire qu'elle y règne à

l'état endémique. Considérons en effet les statistiques de Finsen qui exerce dans ce pays; elles nous donnent les proportions suivantes : dans l'espace de neuf ans, les maladies hydatiques qu'il a traitées sont par rapport aux autres affections 1 : 33,5. Quant au nombre des malades atteints d'hydatides par rapport aux individus bien portants, il l'estime à 1 sur 43.

A propos du sexe et de l'âge, Finsen a constaté les faits suivants : sur 245 malades qu'il a soignés, il compte 73 hommes et 172 femmes. Sur ce nombre, un enfant était âgé de moins de 5 ans, et 19 étaient âgés de 5 à 10 ans. Comme profession, presque tous appartiennent à des bergers ou à des agriculteurs qui vivent dans une extrême malpropreté. Les habitants de la ville n'en ont fourni aucun cas.

La maladie hydatique ne paraît guère moins fréquente en Australie qu'en Islande. Les écrits des médecins de cette contrée en fournissent de nombreuses observations. Ainsi, à Victoria, dans l'espace de onze ans, de 1862 à 1873, deux cents personnes sont mortes de cette affection. (Australian-medic. Journal : Mac Gillivray, Smith, Blair, etc...)

On les rencontre à peu près dans tous les autres pays de l'Europe, mais avec une fréquence beaucoup moins grande; cependant Virchow prétend qu'en Allemagne, surtout à Wurtzbourg et à Berlin, les échinocoques sont très fréquents.

Mais comment expliquer la plus grande proportion de ces parasites en Islande et en Australie? Nous croyons qu'il faut en rechercher la cause dans la manière de vivre des habitants de ces pays; surtout dans leur alimentation et leur régime. Tout le mond

naît en effet l'état de malpropreté et de misère de ces populations, surtout celles de l'Islande, qui, en même temps qu'elles vivent en contact presque continu avec les animaux, se soutiennent par une alimentation à peu près exclusivement végétale.

Un argument de plus, c'est que les hydatides sont rares chez les marins. Il est possible en effet que le régime de ces hommes, qui consiste pour la plus grande partie en salaisons, soit contraire au développement des parasites.

La manière dont les œufs et les embryons du *tænia echinococcus* arrivent dans le corps humain pour s'y développer et former des kystes hydatiques est encore obscure.

On peut admettre que leur immigration se fait de la manière suivante :

Les animaux porteurs du *tænia echinococcus* expulsent de temps en temps avec les selles des anneaux mûrs ; les œufs ou les embryons qui y sont renfermés arrivent d'une manière quelconque dans les eaux potables, ou sont mis en contact avec les aliments qui sont mangés à l'état cru. Arrivés de cette façon dans le canal intestinal, les embryons se fixent avec leurs crochets sur la paroi stomacale ou intestinale, s'avancent peu à peu plus loin jusqu'à ce qu'ils arrivent dans le foie, le poumon ou tout autre organe du corps. Là, l'embryon se gonfle, se transforme en un kyste plus ou moins volumineux, sur la paroi interne duquel s'élève toute une colonie de jeunes *tænia*s non mûrs, c'est-à-dire des scolex.

Quant à la préférence de ces parasites pour le foie d'abord, pour le poumon ensuite, nous n'avons pu en trouver aucune explication logique et naturelle.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Le poumon tient le second rang dans l'ordre de fréquence de cette affection ; le foie, à lui seul, offre en effet plus de cas de cette maladie que tous les autres organes ensemble. Nous ne nous occuperons dans cet article que des kystes hydatiques pulmonaires ouverts dans la cavité pleurale.

Le kyste hydatique peut se développer au sein du poumon, sans que cet organe n'éprouve d'altération bien appréciable. Il est généralement refoulé, comprimé et atrophie. D'après Lebert, il se forme souvent autour de la tumeur une telle condensation du tissu cellulaire qu'il en prend l'apparence fibreuse.

D'autres fois, et c'est là le sujet de notre thèse, il se forme à la suite d'une inflammation du tissu pulmonaire et de la plèvre une déchirure plus ou moins grande de cette séreuse. Cette perforation varie de dimensions : tantôt c'est une petite ouverture permettant simplement l'écoulement du liquide kystique dans la cavité pleurale ; tantôt au contraire c'est une déchirure longue et complète favorisant l'énucléation de la tumeur et son passage en totalité dans la plèvre.

On a prétendu que les kystes hydatiques pouvaient être primitifs dans la plèvre (Vidal, Bull. de Soc. anat. 1857) ; mais presque tous les auteurs, qui se sont occupés de cette question repoussent cette idée, et affirment que lorsqu'on trouve une poche hydatique dans la cavité pleurale, c'est qu'elle provient, soit de la face

convexe du foie, soit du poumon. Davaine, qui possède une certaine autorité en cette matière, considère, dans son traité des Entozoaires, le kyste hydatique primitif de la plèvre comme excessivement rare. « Toute hydatide intra-thoracique entourée d'une poche adventive ne s'est point formée dans la plèvre ; il est vrai que l'on trouve quelquefois dans la cavité pleurale des hydatides renfermées dans des poches adventives, mais ces hydatides se sont formées primitivement en dehors de la plèvre et n'y sont arrivées que par le progrès du développement. » (Davaine.)

D'après les laborieuses recherches auxquelles s'est livré Davaine, il n'a pu constater qu'une seule fois sur vingt-cinq des kystes hydatiques dont le développement primitif dans la plèvre était incontestable. Le liquide une fois échappé du kyste enflamme la plèvre et occasionne, par son contact irritant, une pleurésie consécutive qui tourne le plus souvent à la purulence.

Dans d'autres cas, on trouve le kyste nageant dans la plèvre, au milieu d'un liquide plus ou moins purulent, liquide dont il aura occasionné la production en jouant le rôle de corps étranger.

Tel est le mécanisme ordinaire de la formation du pyothorax consécutif aux kystes pulmonaires ouverts dans la plèvre.

Mais ce qui est plus fréquent encore c'est l'existence du pyopneumothorax.

En effet, presque toutes les autopsies d'hydatides du poumon, en même temps que leur ouverture dans la plèvre, ont révélé une communication de cette poche avec les bronches, tantôt avec une seule, tantôt avec deux ou plusieurs, de telle sorte qu'il existait un tra-

jet fistuleux entre l'air extérieur et la cavité pleurale. Dans ces cas le poumon qui entoure la tumeur est congestionné dans une étendue plus ou moins grande.

La cavité qui logeait le kyste est généralement tapissée par des fausses membranes adhérentes à la paroi.

La plèvre est épaissie et présente les mêmes productions pathologiques.

Citons seulement pour mémoire la présence relativement assez fréquente de lésions qui doivent être attribuées à la tuberculose (infiltrations grises, petites cavernes, noyaux de pneumonie interstitielle).

Nous ne nous appesantirons pas sur ces lésions, pour ne pas sortir du cadre plus restreint de notre sujet.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC.

La symptomatologie de cette affection n'offre pas de caractères suffisamment nets et précis, pour pouvoir en établir le diagnostic d'une façon certaine.

Avant d'arriver au sujet qui nous occupe, c'est-à-dire à la perforation de la plèvre, nous croyons utile de parler des symptômes du début.

Le kyste hydatique du poumon détermine chez le malade qui en est atteint, et cela pendant des mois et des années, une petite toux sèche et quinteuse, que quelques auteurs ont comparée aux accès spasmodiques de la coqueluche. Ce n'est que plus tard, lorsque les phénomènes inflammatoires ont acquis une certaine intensité, que la toux perd son caractère de sécheresse

et s'accompagne d'une expectoration muqueuse, mucopurulente et même sanglante.

La gêne respiratoire est très accentuée et s'exagère par les efforts et les mouvements ; elle ressemble en cela à la dyspnée des emphysémateux.

Ces symptômes joints quelquefois à la douleur résultant d'une compression nerveuse, ou encore à un dépérissement et à un amaigrissement progressifs, sont les signes obscurs du début lent de cette affection. Tout ce cortège symptomatique uni de plus aux crachements de sang vous amène presque forcément à faire le diagnostic de tuberculose.

L'hémoptysie en effet est très fréquente, au point que l'on pourrait noter, à titre d'exception, les cas de kystes pulmonaires qui n'en ont pas déterminé. Nous ne voulons pas nous appesantir sur ces crachements de sang qui varient de caractères et de quantité suivant les périodes auxquelles on les considère.

Nous arrivons maintenant au sujet même de notre thèse ; c'est-à-dire à la perforation de la plèvre.

Cette ouverture se fait souvent d'une façon brusque et inopinée. Le malade présente, depuis quelques jours ou quelques semaines, un de ces symptômes cités plus haut ; sa respiration quoiqu'un peu oppressée n'offre rien d'inquiétant ; lorsque tout à coup il est pris d'une violente douleur dans le côté et d'une dyspnée intense. Il s'assied dans son lit, s'accroche aux objets environnants de façon à donner un point d'appui à tous ses muscles inspireurs : cette dyspnée intense, arrivant souvent sans cause appréciable, est le résultat de la perforation de la plèvre.

On cite pourtant des faits où l'on a pu invoquer une

cause quelconque en faveur de cette perforation. Voici en effet les cas cités dans la thèse de M. Hearn : Un jeune homme de 38 ans, sujet depuis longtemps à des hémoptysies, est pris, à la suite d'une violente colère, d'une vive douleur et d'une dyspnée intense : on trouva un kyste hydatique du poumon ouvert à la fois dans les bronches et dans la plèvre.

Une femme était depuis plusieurs années sujette à une toux sèche et à d'autres troubles pulmonaires, lorsque, en montant son escalier, elle fut prise subitement d'une douleur excessivement vive du côté droit avec anxiété et oppression considérables ; à l'autopsie on trouva un kyste pulmonaire ouvert à la fois dans la plèvre et les bronches.

Un autre exemple est celui que nous fournit le malade de notre troisième observation qui, à la suite d'une violente colère, fut pris de suffocation extrême, occasionnée par la rupture d'un kyste hydatique dans la plèvre et les bronches.

Ne pourrait-on pas, grâce à ces trois faits, invoquer soit les influences extérieures telles que : chutes, coups, efforts ; soit encore les émotions morales telles que : grandes colères ou joies vives ; comme causes de perforation de la plèvre chez les malades porteurs de kystes hydatiques.

Nous verrons, d'après ce qui suit, que, pour que la perforation de la plèvre soit suivie d'une dyspnée spéciale, il faut ou plutôt il semble nécessaire que le kyste s'ouvre à la fois dans la plèvre et les bronches.

M. Hearn dit : « Supposons que le kyste vienne à s'ouvrir simplement dans la plèvre, qu'en résultera-

t-il ? Le liquide passera de la cavité du kyste dans la cavité de la plèvre, il aura changé de place, mais l'air n'arrivera pas dans la cavité pleurale, par conséquent le poumon ne saurait s'affaîsser, puisque la condition indispensable de cet affaîssement, c'est l'équilibre de pression établi entre la surface pleurale et sa surface interne, équilibre qui se trouve réalisé, par exemple, au moment où l'on ouvre les parois thoraciques ; le poumon ne saurait donc se déprimer, cesser de fonctionner. Peu importe que le liquide soit dans la poche kystique, ou dans la plèvre, c'est toujours une compression à laquelle le poumon a été habitué ; ce n'est point la brusque suppression de l'organe. Peut-être cependant l'irruption du liquide dans la cavité pleurale peut-elle déterminer une inflammation suraiguë de cette membrane et par suite une sécrétion assez considérable de liquide qui viendra, pour sa part, comprimer le poumon et augmenter la dyspnée ; mais ce n'est pas le mécanisme du pneumothorax ordinaire. Hâtons-nous d'ajouter que, tout en croyant devoir faire ces réserves au sujet de quelques perforations de la plèvre qui pourraient ne se traduire que par de la douleur, ces réflexions sont peut-être un peu plus théoriques que pratiques ; en effet, dans les observations où se trouvent relatées la perforation de la plèvre et la formation d'un pneumothorax, il y a toujours eu, soit antérieurement, soit simultanément, soit peut-être à une époque postérieure, perforation des bronches ; toutes les conditions nécessaires à l'arrivée de l'air dans la cavité pleurale et à la réalisation d'un pneumothorax légitime se sont donc réunies. »

Nous croyons pouvoir affirmer que la perforation des bronches peut être postérieure à la perforation de la plèvre. Le malade de notre première observation nous en fournit en effet un exemple.

Il nous dit qu'un mois avant d'entrer à l'hôpital il avait été pris d'un point de côté avec fièvre, et que, quelques jours après seulement, il avait été obligé de garder le lit. Avant d'aller plus loin, nous voyons déjà que ce point de côté n'a aucune ressemblance avec la douleur horrible dont nous parlions plus haut. Notre malade continua quelque temps encore son dur métier de serrurier et n'entra à l'hôpital qu'un mois après.

Il resta pendant trois semaines avec les symptômes ordinaires d'un épanchement pleurétique peu considérable; mais présentant toutefois un état général qui n'était pas en rapport avec l'étendue de la pleurésie.

La première ponction nous fait reconnaître l'état de purulence de l'épanchement; et ce n'est que grâce à l'opération de l'empyème nécessitée par la gravité des symptômes généraux, que le diagnostic de kyste hydatique du poumon put être fait.

Le malade entré à l'hôpital le 30 septembre faisait remonter son point de côté (*résultat probablement de la perforation de la plèvre, puisque aucun refroidissement n'a pu être invoqué comme cause de la pleurésie*) à un mois, c'est-à-dire à la fin d'août; et ce n'est que six semaines après, le 10 octobre, que les signes du pneumothorax, joints à une expectoration purulente assez abondante, nous ont permis de faire le diagnostic de perforation bronchique.

Voilà donc un cas de pneumothorax dont la pro-

duction ne s'est pas effectuée avec cette intensité et cette rapidité que nous voyons chez les malades de nos autres observations. Il s'est produit en deux temps bien distincts : premier temps : résultat de l'évacuation du kyste dans la plèvre ; deuxième temps : pneumothorax, résultat de la perforation des bronches et passage de l'air dans la cavité pleurale.

Ce malade nous a donc présenté, dans sa maladie, une allure sournoise empêchant absolument d'établir un diagnostic certain.

Pouvait-on invoquer la tuberculose ? Non. Le malade n'a pas d'antécédents héréditaires dans sa famille ; il a toujours joui d'une excellente santé et n'a jamais souffert de la misère. Nous ne trouvons même pas chez ce malade les hémoptysies caractéristiques et, pour ainsi dire, pathognomoniques des kystes pulmonaires au début.

Nous nous trouvions donc en face, non pas précisément d'un de ces cas d'erreur de diagnostic inévitable dont parle M. Moutard-Martin dans l'Union médicale de 1856, mais devant un diagnostic complet, impossible.

Voilà donc deux cas bien distincts :

1° Un malade, sujet depuis quelque temps déjà à des hémoptysies répétées, sans traces de tuberculose, en proie à des accès de toux spasmodique et quinteuse, avec ou sans expectoration, lorsqu'il est pris, sans cause ou à la suite d'une cause quelconque, d'un violent point de côté après lequel on constate les signes de pneumothorax. — Il y a, nous croyons, dans ce cas, de fortes présomptions en faveur du

diagnostic : kyste hydatique du poumon ouvert dans la plèvre.

2° Un malade (celui dont nous venons de parler, obs. I) qui, sans cause appréciable, fait une pleurésie à allures mystérieuses avec un état général grave ; pleurésie tournant facilement à la purulence et se terminant par un pneumothorax. Nous nous croyons encore en droit, à condition d'exclure les tubercules, de faire le diagnostic de kyste hydatique du poumon parcourant d'une façon plus ou moins lente ces deux étapes : pleurésie et pneumothorax.

Nous avons un dernier cas à considérer pour finir cet important article de symptomatologie et de diagnostic : c'est la pleurésie par irritation de voisinage. Cette complication est, en effet, incontestable, nous en voyons la preuve dans les adhérences pleurales siégeant au pourtour des kystes pulmonaires, même lorsque ces derniers ne se sont pas ouverts dans la cavité pleurale.

L'explication en est du reste très logique. Le poumon est le siège d'une inflammation plus ou moins intense, qui se transmettant de proche en proche, produit, grâce aux connexions intimes qui existent entre le poumon et la plèvre, une lésion inflammatoire à peu près identique : tel est du reste le mécanisme de la pleuropneumonie.

En résumé, nous pouvons considérer les complications des hydatides pulmonaires à trois points de vue différents :

1° Au point de vue du pyopneumothorax, complication qui tient incontestablement le premier rang et comme fréquence et comme gravité ;

2° La pleurésie résultant d'une perforation pleurale, épanchement devenant presque toujours purulent ;

3° La pleurésie par contiguïté.

Nous ne savons pas laquelle de ces deux dernières complications est la plus fréquente ; les observations à ce sujet n'en faisant pas une mention spéciale.

Signalons, pour terminer, un fait mis en lumière par Finsen ; c'est l'apparition d'un urticaire généralisé, à la suite de la rupture des kystes hydatiques dans une séreuse, surtout dans le péritoine.

Nous citons ce fait sous réserve, car chez aucun de nos malades nous n'avons pu constater cette complication.

OBSERVATION I.

Kyste hydatique du poumon droit. — Pleurésie purulente pneumothorax, vomique pulmonaire. — Opération de l'empyème. — Guérison. — (Malade présenté par M. Bucquoy à la Société médicale des hôpitaux.)

Jar... (Michel), âgé de 39 ans, serrurier, entre le 30 septembre 1881, à l'hôpital Cochin, salle Saint-Philippe, lit n° 13.

Cet homme était malade depuis un mois environ. Le début avait été marqué par un point de côté à droite, avec fièvre, nausées et vomissements bilieux. Obligé bientôt de garder le lit, il fait appeler un médecin, qui diagnostique une pleurésie droite, et fait appliquer deux vésicatoires.

Les signes constatés à l'entrée du malade à l'hôpital par M. Moutard-Martin, qui remplaçait alors M. Bucquoy, furent ceux d'un épanchement pleuré-

tique peu considérable du côté droit; matité dans la partie inférieure de la poitrine dans l'étendue de trois à quatre travers de doigt; absence de murmure vésiculaire, diminution des vibrations thoraciques en partie conservées; pas de souffle ni d'égophonie. Le foie ne débordait pas sensiblement les fausses côtes.

Malgré le peu d'étendue de la pleurésie, les symptômes généraux étaient assez accusés: dyspnée très marquée, toux quinteuse et fréquente, abattement profond, appétit nul, fièvre assez vive, la température oscillant de 38° à 39°.

Les antécédents du malade n'éclairent en aucune façon l'étiologie de la maladie. Sans être robuste, il est de bonne santé habituelle. Ouvrier aisé, il n'a jamais souffert de la misère ni de privations; il a toujours eu une bonne hygiène et n'a fait aucun excès. Cet homme s'enrhumait facilement, mais il n'a jamais présenté aucun symptôme d'affection tuberculeuse, il n'y a pas eu de tuberculeux dans sa famille.

Au reste, l'examen du poumon gauche ne révèle rien d'anormal, il en est de même du sommet droit, du côté de la pleurésie.

Le malade affirme n'avoir pas subi de refroidissement et ne signale aucune cause à laquelle on puisse rapporter le début de la maladie.

Quelques jours après son entrée, le 6 octobre, M. Bucquoy, en reprenant son service, constate les mêmes phénomènes que ceux qui ont été signalés précédemment. L'épanchement toujours peu considérable paraît cependant, malgré l'application d'un nouveau vésicatoire, avoir fait quelques progrès.

Le 10 octobre, l'examen du côté malade fait recon-

naître des signes nouveaux : aux signes de l'épanchement pleurétique sont venus s'ajouter ceux d'un pneumothorax. La matité persiste dans la moitié inférieure du côté droit, mais au-dessus, on trouve une sonorité tympanique, du souffle amphorique, le bruit d'airain et le bruit de fluctuation donné par la succussion hippocratique. En avant, absence complète du murmure vésiculaire et son tympanique à la percussion ; abolition des vibrations thoraciques.

L'état du malade s'aggrave ; l'affaissement est extrême, l'altération des traits profonde, la dyspnée a notablement augmentée, l'appétit est nul.

En raison de la gravité des symptômes, et malgré l'existence du pneumothorax, une ponction est pratiquée le 15 octobre par le procédé de Reybard. Elle donne issue à 2,800 centimètres cubes de liquide purulent et fétide. Une amélioration sensible suit l'évacuation du liquide ; le malade prend un peu de nourriture et a retrouvé du sommeil.

Cependant, le 16 octobre et les jours suivants, des quintes de toux très violentes se manifestent et se répètent à plusieurs reprises dans la journée, amenant l'évacuation par la bouche d'une expectoration purulente assez abondante, offrant tous les caractères des vomiques.

Grâce à cette évacuation de pus par les bronches, l'épanchement pleural ne paraît pas augmenter. On ne constate de matité que dans une très petite étendue de la partie inférieure de la cavité pleurale droite. Les signes de pneumothorax restent évidents ; on note même du tintement métallique. Cependant le malade s'épuise rapidement, il maigrit, prend un aspect profondément

cachectique. La fièvre persiste avec exaspération vespérale (39°,4). Il est évident qu'une issue funeste est prochaine. La femme du malade veut l'emmener mourir chez lui, mais cédant toutefois aux observations qui lui sont faites, elle se décide à le laisser à l'hôpital.

Quoiqu'il paraisse y avoir peu de liquide dans la plèvre, sa fétidité lors de la première ponction, l'haleine infecte du malade et l'odeur repoussante des crachats engagent à tenter une nouvelle ponction qui est pratiquée le 31 octobre. Elle ne donne issue qu'à une très petite quantité de liquide (100 centimètres cubes environ) d'une horrible fétidité. Devant ce résultat M. Bucquoy décide que le lendemain l'opération de l'empyème sera pratiquée, afin de pouvoir vider complètement et désinfecter la cavité pleurale.

Le 1^{er} novembre. M. Gaucher, interne du service, fait l'opération de l'empyème.

On essaie de donner du chloroforme au malade, mais les premières aspirations provoquent des accès de toux d'une telle violence qu'on est obligé de suspendre immédiatement l'emploi de l'anesthésique. Une incision de 6 à 7 centimètres est faite dans le septième espace intercostal sur la ligne axillaire. Puis, avec les précautions nécessaires, on pénètre dans la cavité pleurale. Il s'en échappe un liquide purulent, d'une odeur infecte, butyrique, semblable à celle de l'haleine et des crachats. La quantité peut en être évaluée à 7 ou 800 centimètres cubes environ. Avec ce liquide sortent aussi de la cavité quelques débris membranueux qui n'ont pas l'aspect ordinaire des fausses membranes plénrétiques.

La plèvre paraissait vidée. lorsqu'apparaît à l'ouverture extérieure une sorte de paquet membrani-forme qui n'est pas expulsé par les efforts de toux et qu'on enlève en introduisant deux doigts dans la cavité pleurale. Ce paquet n'était autre chose qu'une vaste poche kystique du volume d'une grosse orange, absolument intacte, c'est-à-dire un kyste hydatique qui s'échappait de la plèvre par l'ouverture pratiquée à la paroi thoracique.

En introduisant le doigt dans la cavité pleurale, on sentait facilement, à travers le diaphragme, une partie de la surface convexe du foie lisse et n'offrant ni bosselures, ni dépressions. Cet organe ne présentait d'ailleurs pas d'augmentation de volume. Ce n'était donc pas dans le foie qu'il fallait chercher l'origine du kyste pleural. La marche de la maladie, les phénomènes de pleurésie, puis de pneumothorax, la vomique pulmonaire ainsi que la fétidité de l'expectoration et du liquide pleurétique, ne laissaient aucun doute sur le diagnostic de *kyste hydatique du poumon détaché dans la plèvre*. La suite de l'observation n'a fait que confirmer la justesse de ce diagnostic.

L'examen du liquide retiré de la plèvre dans l'opération ne révélait pas de crochets d'hydatides, mais le kyste extrait par l'ouverture avait la structure histologique des kystes hydatiques.

Le pus qui s'écoule par l'incision intercostale conserve encore pendant quelques jours, malgré des lavages répétés à l'eau phéniquée et alcoolisée, une horrible fétidité. L'injection de l'eau des lavages pénétre par la fistule pleuro-bronchique et remonte

jusque dans la bouche, ce qui provoque des accès de toux fort pénibles.

Immédiatement après l'opération, l'état général du malade s'améliore, et on ne tarde pas à le voir se relever; moins de fièvre, quoique l'on note encore quelques redoublements du soir; retour de l'appétit et des forces : le facies perd assez rapidement son aspect cachectique.

Vers la fin de novembre, l'expectoration diminue. Le liquide des injections ne reflue plus vers la bouche, plus de vomiques, de sorte que le foyer pulmonaire ne paraît plus communiquer directement avec les bronches.

Le pus rendu par l'orifice extérieur a changé aussi de caractère. Depuis l'opération, c'était moins du pus qu'une matière gluante, entièrement semblable à des crachats. Ce qui faisait dire que le malade crachait dans sa plèvre. Maintenant le liquide est devenu franchement purulent; il est peu abondant et n'a plus d'odeur.

Le 10 décembre, la sonde de gros calibre maintenue en permanence dans le foyer, pour le drainage, commence à être mal supportée, le malade ressent de vives douleurs dans le côté; on trouve du sang sur les pièces de pansement. On diminue de 2 centimètres la longueur de la sonde.

Une modification importante est constatée à cette époque dans l'état du poumon. On commence à entendre nettement le murmure vésiculaire, en avant sous la clavicule, ainsi que sous la partie moyenne en arrière. Les signes du pneumothorax persistent dans la partie postérieure et supérieure du côté affecté.

Le 26 décembre, on diminue encore la longueur de la sonde qui irritait manifestement le poumon, car depuis quelques jours, le malade crachait un peu de sang, et en perdait par l'ouverture extérieure de la poitrine.

Pendant le mois de janvier, pas d'autre particularité à signaler que la cicatrisation rapide de la plaie thoracique autour du trajet fistuleux, maintenu béant par la sonde qui sert aux lavages quotidiens. L'état général est bon, le malade n'a plus de fièvre. Bon appétit.

De temps en temps il arrive encore que le malade crache du sang d'un rouge vif ; il a de véritables hémoptysies. Il est nécessaire alors de changer la sonde de drainage, qui est mal supportée et qui, trop raccourcie, ne permet plus de lavages suffisants.

A cette occasion, il est fait une exploration attentive de la cavité, dont il est facile de suivre le trajet sinueux. On peut y introduire une sonde d'un calibre moindre, $\frac{3}{4}$ de centimètre de diamètre au lieu de 1 centimètre, mais encore d'une longueur de 15 centimètres. Cette exploration a ramené une nouvelle hémoptysie qui cède en vingt-quatre heures.

Le 9 février, le malade demande à aller reprendre ses travaux. Il conserve son trajet fistuleux à travers le poumon, mais la cavité pleurale paraît oblitérée. La respiration s'entend, en effet, dans presque toute l'étendue, tant en arrière qu'en avant. L'espace où l'on entend de l'amphorisme est restreint à la partie supérieure de l'aisselle, dans l'étendue de 5 à 6 centimètres ; quelques râles sous-crépitaux à la base du poumon.

Du côté gauche, respiration puérile dans tout le poumon.

Exéat le 10 février.

Il était convenu que le malade viendrait tous les matins se faire pratiquer le lavage à l'hôpital. Il est venu très exactement, ce qui a permis de constater les modifications survenues dans l'état local.

Tout alla bien jusqu'au 30 avril. Une seule fois du 15 au 17 mars, le malade avait craché un peu de sang après un changement de tube. A cette date, il fut pris, sans cause appréciable, d'un crachement de sang qu'il évalue à 1/2 litre dans les vingt-quatre heures. En même temps, quintes de toux pénibles et perte d'appétit. Il rentre à l'hôpital du 3 au 8 mai : on lui raccourcit son tube de façon à ce qu'il n'agisse pas sur le poumon.

A partir de ce moment, la suppuration cessa de se faire jour à l'extérieur; sensation de malaise, un peu de fièvre. Le lavage ne pénétrait plus dans la cavité pulmonaire. Avec une sonde souple et assez mince, il fut facile d'y pénétrer et de reconnaître, qu'elle mesurait dans un trajet sinueux, de 14 à 15 centimètres de longueur. Le nouveau drain ramène de nouveau un peu de sang dans les crachats, mais il permet les lavages et l'écoulement du pus au dehors.

Depuis cette époque, 2 juin, le malade va très bien.

25 juin. État général excellent. Signes de pneumothorax seulement quand on fait tousser le malade, et dans le tiers moyen de la partie postérieure. Dans le reste de l'étendue du poumon, murmure vésiculaire presque normal. Persistance du trajet fistuleux, mais

Lehmann.

suppuration peu abondante ne nécessitant des lavages que tous les trois ou quatre jours.

Depuis plusieurs mois, le malade a repris les travaux de sa pénible profession et n'en éprouve aucune fatigue.

¶ Nous avons jugé à propos de reproduire en détail et telle qu'elle a été présentée à la Société médicale des hôpitaux par M. Bucquoy, le 23 juin 1882, l'intéressante observation de ce malade, que nous avons suivi attentivement, pendant notre année d'externat dans le service de médecine de l'hôpital Cochin.

OBSERVATION II.

Perforation présumée hydalique du poumon droit. — Hydatides dans la plèvre droite et le foie. — (Obs. recueillie par M. L.-A. Mercier, et présentée à la Société anatomique au mois de mars 1838.)

Audibot, 27 ans, tonnelier, entre à la Charité le 8 janvier 1838, pour une hémoptysie dont il est atteint depuis quarante-cinq jours. Il a déjà craché du sang, il y deux ans, malgré cela il a fait des excès alcooliques. Il a servi parmi les spahis en Afrique, où il eut pendant quatre mois une dysenterie, et une fièvre quotidienne.

9 janvier. Toux fréquente, douleur entre les épaules, expectoration sanguine, rutilante, aérée. Respiration pure et libre dans les régions sous-claviculaires, également pure en arrière dans tout le côté gauche. Au niveau de la fosse sous-épineuse droite, on entend des

râles muqueux à grosses bulles. Pouls à 90 pulsations.

Du 9 janvier au 26 du même mois, les crachats colorés par le sang paraissent et disparaissent alternativement, pour cesser complètement le 27. Les signes d'auscultation restent à peu près les mêmes pendant toute cette période.

Le 26, la douleur localisée entre les deux épaules est devenue presque nulle.

Le 30. Le malade est pris subitement, pendant la nuit, d'une douleur extrêmement vive du côté droit de la poitrine, avec impossibilité de tousser.

Le 31. Crachats aérés, diffluent, transparents, douleur déchirante au niveau de la fosse sous-épineuse droite où on entend une respiration amphorique très manifeste.

1^{er} février. A la partie antérieure et inférieure du thorax, chaque inspiration et expiration produit un souffle de résonnance amphorique très prononcée; ce son s'entend jusqu'au mamelon et un peu au-dessus. Le soir, apparition très nette du tintement métallique. Le malade prétend lui-même entendre un glou-glou dans sa poitrine. — Sur le trajet du muscle droit de l'abdomen, à deux pouces au-dessous du rebord des côtes, on remarque une saillie de la grosseur d'une moitié d'œuf de poule.

Le 2 et le 3. Même état. Vaste érysipèle sur le côté droit du thorax.

Le 4. Epistaxis; expectoration fluide, peu abondante. Mêmes signes que le 31 janvier. La succussion ne fait entendre aucun bruit; quand le malade parle ou tousse, il se produit un tintement métallique très

distinct. La résonnance amphorique, obscure en arrière est, au contraire, très marquée en avant dans l'inspiration ou l'expiration. 104 pulsations, constipation, urines peu abondantes, sueurs froides, pupilles dilatées.

Le 5. Expectoration moitié opaque, puriforme, moitié bronchique, aérée, d'une abondance médiocre. Le thorax, du côté droit, présente un développement assez notable, sensible à la vue.

Le 7. Râles muqueux et sibilants sous la clavicule gauche. Matité persistante en arrière, où on ne distingue pas l'expansion pulmonaire. Respiration amphorique dans tout le côté droit, excepté en haut, où l'on n'entend presque rien. Sang combiné aux crachats; fièvre très forte pendant la nuit.

Le 11. Agitation toute la nuit; pouls fréquent, sans intermittences. (4 pilules, ext. aq. opium.)

Le 13. Parole brève, élevée, saccadée; pâleur de la face, respiration courte, fréquente; 104 pulsations régulières; une selle, urines jaunes, troubles, avec sédiment rosacé. — Mort dans la journée.

Autopsie. Côté droit manifestement bombé. Avant d'ouvrir la poitrine, on fit une ponction dans l'un des espaces intercostaux du côté droit, et on entendit aussitôt un bruit indiquant que l'air s'en échappait.

La plèvre était tapissée d'une fausse membrane, blanche, molle, se détachant par feuillets; elle n'avait subi de changement que dans sa coloration, qui était un peu plus rouge. On retira de la plèvre trois quarts de litre d'un liquide jaune citrin, au milieu duquel flottait une hydatide de la grosseur d'une forte orange. Le poumon revenu sur lui-même et couvert

de fausses membranes, adhérait dans la gouttière costo-vertébrale. Avant de changer en rien les rapports, on souffla dans la trachée, au moyen d'une sonde, et l'on vit aussitôt se dégager de la partie moyenne du poumon des bulles d'air venant crever à la surface du liquide.

En enlevant le poumon, on remarque une perforation en partie recouverte par des fausses membranes, celles-ci ayant été enlevées, on voit que cette perforation était ronde, de deux ou trois lignes de diamètre, et qu'elle était le siège d'une inflammation très limitée. Après un petit trajet, cette perforation aboutit à une caverne pouvant contenir un petit œuf de poule. Cette perforation est récente; le tissu pulmonaire qui en forme les parois est de couleur rosée, excepté au voisinage de la plèvre, où la coloration du parenchyme est rouge. Cette caverne, tapissée par une membrane épaisse, fibreuse et presque cartilagineuse, communique d'un autre côté avec une bronche qui vient s'ouvrir dans sa cavité.

Le foie est augmenté de volume et contient un kyste hydatique considérable.

L'absence totale des tubercules dans les poumons et dans toute autre partie du corps, la présence d'hydatides dans le foie et dans la plèvre du côté malade, paraissent donc être des raisons suffisantes, pour qu'on doive regarder la caverne pulmonaire et la perforation, comme étant le résultat de la rupture d'un kyste hydatique du poumon dans la plèvre. De plus la caverne était tapissée par une membrane, dont la structure avait la plus grande analogie avec les poches

fibreuses, dans lesquelles les acéphalocystes sont ordinairement contenues.

OBSERVATION III.

Kyste ouvert dans la plèvre et dans les bronches.
(Fouquier, Journal analytique.)

Une femme de 36 ans, d'une bonne santé apparente, fut prise tout à coup, à la suite d'une violente colère, de suffocation extrême, d'anxiété, de douleur très vive dans le côté droit du thorax, avec toux fréquente et expectoration; elle mourut vingt-deux jours après; ayant éprouvé comme phénomènes principaux des quintes de toux très rapprochées, une expectoration abondante, des vomissements et une dyspnée extrême.

A l'autopsie, l'on trouva un kyste hydatique du lobe inférieur droit, communiquant d'une part avec deux bronches et de l'autre avec la cavité de la plèvre par une ouverture arrondie, à bords relevés, dans laquelle on pouvait facilement introduire l'extrémité de l'index.

OBSERVATION IV.

Kyste hydatique ouvert dans la plèvre (lobe inférieur). — Autopsie.

B... (Pauline), couturière, fut apportée, le 24 octobre au matin, salle Sainte-Marthe, hôpital de la Charité, service de M. Briquet.

Vu l'état d'anxiété et d'oppression de la malade, on ne peut obtenir aucun renseignement sur les antécédents.

Depuis quatre ans, de légers crachements de sang ; une toux sèche, et douleur sourde au-dessus de la mamelle droite. Depuis dix-huit mois, la respiration était devenue courte, l'appétit nul et la malade avait beaucoup maigri. Le 25 octobre au soir, en montant son escalier, elle fut prise subitement d'une douleur excessivement vive du côté droit, avec anxiété et oppression considérables.

A l'hôpital, on constate les signes suivants : malade assise sur son séant, la face anxieuse, pâle, couverte de sueur, 60 inspirations, pouls très petit à 130 ; petite toux fréquente et donnant beaucoup de sérosité.

Douleur très vive dans le côté droit.

Le côté gauche, à la percussion et à l'auscultation, ne présente rien de particulier.

Côté droit. En avant, à deux travers de doigt au-dessus de la clavicule, du côté du sternum, dans un espace d'un décimètre carré, voussure très prononcée.

A la percussion, en avant, résonnance parfaite, peut-être même un peu exagérée ; en arrière, résonnance tympanique dans toute l'étendue du poumon.

A l'auscultation, en avant et en arrière, râles muqueux et sonores très abondants ; respiration amphorique. M. Briquet diagnostique un pneumothorax. — Opiacés à haute dose.

Le 27. Même état ; mais on constate en plus à droite, en bas, en arrière et en avant de la matité dans une hauteur de trois travers de doigt ; de l'absence de murmure respiratoire à ce niveau, un peu d'égopho-

nie; râles muqueux et sonores dans le reste du poumon.

Opiacés. Vésicatoires. Dans la soirée la malade tombe dans un état comateux, et meurt dans la nuit.

Autopsie. — En enfonçant un bistouri dans les espaces intercostaux, il ne s'échappe aucun gaz.

Poumon gauche ne présente aucune lésion. Rien dans la plèvre gauche.

Poumon droit présente des adhérences, au niveau du lobe supérieur, avec la plèvre pariétale en avant. La cavité pleurale contient 400 gr. d'un liquide jaunâtre tenant des globules purulents en suspension. Au milieu du liquide, nage une énorme hydatide de deux à trois millimètres d'épaisseur : cette membrane en contenait une autre de la même grandeur, mais beaucoup plus mince ; quelques hydatides plus petites étaient adhérentes à cette dernière membrane.

Le lobe supérieur et le lobe moyen sont un peu diminués de volume et fortement repoussés en haut et en avant. Le lobe inférieur ne forme plus qu'une vaste poche, dont les parois ont une épaisseur de deux à trois millimètres ; ces parois n'ont pas l'aspect fibreux, mais le tissu pulmonaire est très condensé et ne se laisse pas distendre par l'insufflation. En arrière et à la partie moyenne de cette poche, existe une déchirure verticale, longue de trois centimètres, à bords déchiquetés ; la surface interne est formée par le tissu pulmonaire même légèrement ramolli et se laissant enlever, lorsqu'on le racle avec le scapel. A la partie supérieure et postérieure de cette poche, existent deux ouvertures irrégulièrement arrondies, et correspon-

dant avec deux divisions bronchiques de la grosseur d'une plume à écrire.

OBSERVATION V.

Kyste pulmonaire ouvert dans la plèvre. (Mansul, Aust. Med. Journ. 1868.)

Peter Grace, 12 ans, d'apparence tuberculeuse, entre dans le service du Dr Mansul, pour une rétention d'urine.

Dix-huit jours après son admission, il fut pris subitement d'une douleur lancinante dans le poumon droit, accompagnée d'une toux sèche. A l'auscultation, on entendait des bruits de frottement. Pouls fort et dur, respiration accélérée et superficielle.

Le 3 du mois suivant, tout le côté droit du thorax était élargi, arrondi, mat et sans mouvement.

Quatre jours après, signes de congestion à la base du poumon gauche. Respiration très accélérée, pouls filiforme. Mort.

Autopsie. — L'épanchement pleurétique à droite avait été produit par la rupture d'un large kyste hydatique et l'expulsion de son contenu dans la plèvre. En ouvrant la poitrine on remarqua que la cavité pleurale droite était remplie d'un liquide séro-purulent dans lequel nageait le kyste hydatique rupturé. La plèvre droite est épaissie par des fausses membranes. Le poumon était adhérent au diaphragme, et repoussé en arrière et en haut contre le médiastin et la colonne vertébrale. Signes de congestion à la base du poumon gauche.

Deux autres kystes hydatiques : un dans l'excavation pelvienne et un autre sur la face inférieure du lobe droit du foie.

OBSERVATION VI.

Deux kystes hydatiques simulant une tuberculose aiguë. — Rupture de l'un d'eux dans la plèvre. — Pleurésie purulente consécutive. — Autopsie.

F. Célestin, 22 ans, soldat, entre au Gros-Caillou, service du Dr Widal, le 9 mai 1872. Le matin il avait été pris d'un violent point de côté à gauche avec vomissements et oppression. Pas d'antécédents héréditaires.

T. 40°. P. 126. — Toux fréquente accompagnée de crachats mucoso-purulents.

Sonorité normale des deux côtés en avant, ainsi qu'en arrière du côté droit, à gauche en arrière un peu de matité, avec souffle tubaire sans râles crépitants.

Le 11 Mai. — Le point de côté a disparu. Au niveau de l'angle de l'omoplate on entend un souffle très fort accompagné de tintement métallique, à cet endroit la percussion donne une sonorité légèrement exagérée.

On pose le diagnostic : pneumothorax causé par des tubercules pulmonaires.

Du 16 au 29 les symptômes restent à peu près les mêmes ; l'état général s'aggrave de jour en jour, et l'oppression augmente.

Le 23. Le malade est pris pendant la nuit d'un violent point de côté à droite, et le même ordre de phé-

nomènes se montre maintenant du côté droit de la poitrine aussi bien que du côté gauche.

Le 3. La matité augmente considérablement, absence de respiration et de vibrations thoraciques, souffle et résonnance extraordinaire de la voix.

Les 11, 12. Violent point de côté à gauche avec crachats rouillés.

Le 13. A droite, jusqu'au milieu de l'omoplate on entend du souffle et du tintement métallique. Ou diagnostique pneumothorax succédant à un épanchement dans la plèvre droite.

Autopsie.— Une ponction du côté droit fait sortir de l'air de la poitrine ; rien de semblable à gauche. La base du poumon droit est entourée d'une vaste collection purulente, parfaitement enkystée, couvrant en bas une large surface diaphragmatique et une partie du péricarde.

Au milieu du pus on voit flotter une membrane blanchâtre, assez résistante, ressemblant à un sac vide, gros comme un œuf et déchiré en deux endroits. On pense à un kyste hydatique ayant agi comme corps étranger. Au-dessus se trouve un second enkystement séreux pleurétique, moins considérable que le premier et probablement dû à son voisinage.

Le poumon ne présente pas de traces de tubercules. Le lobe moyen droit est creusé d'une large cavité communiquant avec la plèvre par une ouverture de la largeur d'un doigt. — Cette cavité est tapissée par des fausses membranes, molles, adhérentes à la paroi et ne communiquant avec aucune bronche considérable. Tout autour le tissu pulmonaire est induré et même fibreux dans certains endroits.

Le lobe inférieur gauche est le siège d'un second kyste pareil au premier, mais un peu plus petit. Il communique avec l'extérieur par deux bronches de différent calibre. Le kyste est à peu près vide, déchiré comme le premier, mais présentant moins de résistance dans ses membranes.

L'examen microscopique fait reconnaître les crochets, qui mettent hors de doute la nature hydatique des deux kystes.

OBSERVATION VII.

Kyste hydatique du p[ou]mon droit. — Empyème. — Mort.
(Mac Gillivray.)

Julie H. gouvernante, 27 ans, entre à l'hôpital le 27 mai 1865.

On diagnostique pleurésie avec épanchement. Tout le côté droit de la poitrine était mat. Il existait même un peu d'élargissement. La malade resta un an avec cet épanchement.

Le 6 avril. — La purulence ayant été diagnostiquée, on fit une ponction et on retira une pinte environ de pus.

Le 13 août 1866 une seconde ponction fut faite, et la nature de la maladie fut reconnue par la sortie de plusieurs petits kystes. Le pus s'échappa pendant quelques temps et l'ouverture se ferma.

Le 14 septembre une nouvelle incision fut faite, et à l'aide d'un large cathéter on fit dans la cavité des lavages avec de l'eau tiède et une solution de sulfate de zinc.

Le liquide rendu révélait au microscope l'existence de fibres jaunes élastiques et du tissu pulmonaire, démontrant ainsi que les kystes étaient situés dans le parenchyme pulmonaire.

L'écoulement diminue, la respiration s'entend partout, et devant cette amélioration notable, la malade quitte l'hôpital.

Elle revint trois mois après avec une collection purulente dans le poumon. Une incision fut faite et un tube à drainage introduit.

Elle est morte épuisée par la suppuration.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT.

Pronostic. — Le pronostic de cette affection est difficile à poser d'une façon certaine. Il est évident qu'un individu dont la plèvre renferme une plus ou moins grande quantité de pus d'origine kystique ou autre se trouve dans un excellent état pour marcher avec rapidité vers la cachexie, si cet épanchement purulent n'est pas évacué. En effet dans ces cas de perforation simultanée des bronches et de la plèvre avec formation de pneumothorax, la dépression et l'anéantissement des forces suivent d'une façon progressive l'intervention d'une phlegmasie aiguë du tissu pulmonaire, ou ce qui est plus fréquent d'une gangrène plus ou moins étendue, et la suppuration du kyste lui-même avec fièvre hectique. M. Hearn dit que cette complication est presque fatalement mortelle. Nous sommes moins affirmatifs ; grâce à l'intervention chirurgicale à

laquelle nous faisons jouer un grand rôle dans notre traitement.

Traitement. — Au point de vue de la prophylaxie voilà ce que dit Davaine : » en l'absence de connaissances positives sur le mode de transmission des hydatides et sur les circonstances qui favorisent leur développement dans l'espèce humaine, on ne peut établir les indications prophylactiques de ces affections. » D'après les données étiologiques que nous avons établies, nous voyons que le seul traitement préventif serait d'éviter le contact des chiens, ou du moins consisterait à prendre les plus scrupuleuses précautions relativement aux boissons, à l'alimentation et au régime.

Mais une fois le kyste hydatique développé, une fois que la pleurésie purulente ou le pyopneumothorax ont été reconnus ; que faut-il faire ? Notre avis est qu'il ne faut jamais hésiter à pratiquer sans retard l'opération de l'empyème.

Voyons en effet nos observations.

Sur sept cas l'empyème a été pratiqué deux fois. (obs. I et VII). Le malade de l'observation I est un exemple fort remarquable de guérison ; la malade de notre observation VII après l'opération de l'empyème sortit de l'hôpital à peu près guérie ; et n'y rentra que trois mois après pour y mourir épuisé par la suppuration.

Notre premier malade était un homme fort qui a pu résister à tous les accidents graves qu'entraîne cette opération. — l'autre était une femme qui par son sexe et sa faiblesse offrait moins de résistance à la maladie.

Nos autres malades (obs. II. III. IV. V. VI.) chez

lesquels aucune intervention chirurgicale n'a été pratiquée, sont tous morts et dans un laps de temps relativement assez limité.

Donc en face d'un épanchement purulent de la plèvre, qu'il y ait ou non des gaz, que la cause en soit connue ou non, nous conseillons fortement d'intervenir.

Si c'est un tuberculeux, on le débarrassera d'un épanchement comprimant son poumon déjà atteint, et on facilitera ainsi ses fonctions respiratoires.

Si l'on a affaire à un pyopneumothorax d'origine hydatique, on aura beaucoup de chances, en faisant de nombreux lavages de la plèvre, de guérir le malade.

CONCLUSIONS.

1° Les perforations pleurales, à la suite de kystes hydatiques du poumon, sont relativement assez fréquentes.

2° Les hydatides du poumon peuvent occasionner un pyopneumothorax (complication la plus commune).

3° Les kystes du poumon peuvent produire une pleurésie tournant presque toujours à la purulence, à la suite du passage du liquide de la tumeur dans la cavité pleurale.

4° Les kystes du poumon peuvent, par simple irritation de voisinage, être le point de départ d'une pleurésie ayant beaucoup de tendance à la purulence.

5° Le diagnostic est très difficile à poser, il ne peut s'affirmer d'une façon certaine que lorsque des membranes hydatiques apparaissent, soit par expectoration, soit par ouverture de la paroi thoracique.

6° Le pronostic quoique grave n'est pas absolument fatal.

7° L'empyème est le seul traitement ayant donné des résultats satisfaisants dans les complications pleurales des kystes hydatiques du poumon.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- DAVAINÉ. — Traité des Entozoaires
- GARREAU (Louis-Jean). — Hydatides du poumon (thèse de Paris 1836).
- ARNAUD (Auguste). — Des hydatides (thèse de Paris, 1850.)
- BOURCIER. — De l'origine du tænia et des maladies hydatiques (thèse de Paris, 1859).
- H.-N. MANSUL. — Australian Medical Journal, 1868.
- WIDAL. Gazette des hôpitaux, 1872.
- W. HEARN. — Kystes hydatiques du poumon et de la plèvre (thèse de Paris, 1875.)
- FOUQUIER. — Clinique des hôpitaux. — Journal analytique.
- LEBERT. — Hydatides parasitiques des poumons. (Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale.)
- MERCIER. Kyste hydatique du poumon avec pneumothorax. (Bulletin de la Société anatomique, t. XIII, p. 71).
- MAC GILLIVRAY. — Australian Medical Journal, 1867-72.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie et histologie normales. — Articulations du pied.

Physiologie. — De la déglutition.

Physique. — Électricité atmosphérique. Lésions produites par la foudre. Paratonnerre.

Chimie. — Des oxydes d'étain, de bismuth, d'antimoine. Leur préparation. Caractères distinctifs de leurs dissolutions.

Histoire naturelle. — Des hirudinées. Leurs caractères généraux, leur classification; des sangsues; décrire les diverses espèces de sangsues.

Pathologie externe. — Du glaucome aigu.

Pathologie interne. — Des accidents qui se rattachent à la dentition.

Pathologie générale. — De l'intermittence dans les maladies.

Anatomie et histologie pathologique. — De l'hypertrophie du cœur.

Thérapeutique. — Des indications de la médication vomitive.

Hygiène. — Des bains.

Médecine légale. — Est-il indispensable pour affirmer qu'il y a eu empoisonnement, que la substance toxique ait été isolée.

Accouchements. — De la rupture prématurée des membranes.

Vu : le président de la thèse,
POTAIN.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

